

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do wsparcia w Mieszkaniu
Wspomagany

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO¹

Imię i nazwisko:.....

Wiek: PESEL:

Adres zamieszkania (pobytu):

.....

1. Rozpoznane choroby przewlekłe, uszkodzenia narządów i układów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ Prawo do skorzystania ze wsparcia w przysługuje, zgodnie z art. 53 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – „Osobie pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, okręgowy ośrodek wychowawczy, zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, może być przyznane wsparcie w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym.

2. Stosowane leczenie (dawkowanie leków):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny lub inne technologie wspomagające funkcjonowanie; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....
.....
.....

5. Ogólny stan psychofizyczny osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania wspomaganego, a w szczególności:

- Sprawność ruchowa:
 - Chodzi samodzielnie,
 - Porusza się z pomocą innych osób,
 - Porusza się z pomocą sprzętu pomocniczego – rehabilitacyjnego (proszę podać jaki)
 - Nie chodzi samodzielnie;

- Zdolność porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku):

- Zdolność przyjmowania posiłków:
 - Samodzielnie,
 - Wymaga częściowej pomocy;

11. Czy aktualnie leczy się z powodu gruźlicy lub innej choroby zakaźnej: TAK/NIE

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie